

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňte jej, prosím, čitelně hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma, nejlépe černou propisovací tužkou. Zaškrťovací pole označte křížkem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A Á B C Ā Ď Ě F G H I Í J K L M Ń O Ó P Q Ŕ S Š ť Ú ů V W X Y Ž

### 1. Základní identifikace pojištěnce

Příjmení	Jméno	Titul	Číslo pojištěnce (rodné číslo)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>

### 2. Oznamované / nové údaje

Příjmení	Jméno	Titul	Telefon 1
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail			Telefon 2
<input type="text"/>			<input type="text"/>

Změna adresy se týká (zaškrtněte):  hlášeného místa pobytu  náhradní (korespondenční) adresy

Ulice	Číslo popisné	/	Č. orientační	ID datové schránky
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSČ	Obec			Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>

Rodná čísla nezletilých dětí, jichž se změna adresy také týká:

<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
---	---	---

### 3. Plátců pojištění (zaškrtněte variantu a vyplňte údaje)

<input type="checkbox"/> Státem hrazená kategorie (kódy viz poučení)	kód <input type="text"/>	Od <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Do <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Pojištěnec - OSVČ	kód <input type="text"/>	Od <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Do <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Pojištěnec - OBZP (samoplátce)		Od <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Do <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Zaměstnavatel:		Od <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Do <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	

Identifikační číslo (IČ)  /

Identifikační číslo (IČ)  /

Název zaměstnavatele

### 4. Bankovní spojení pojištěnce (vyplní pouze OSVČ nebo OBZP)

<b>Pojištné (zálohy na pojištné) budu platit</b> <input type="checkbox"/> Poštovní poukázkou <input type="checkbox"/> Převodem z účtu	Bankovní spojení (předčíslí účtu - číslo účtu / kód banky) <input type="text"/> - <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Bankovní spojení: (IBAN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### 5. Návrat ze zahraničí (zaškrtněte variantu, vyplňte údaje a doložte příslušnými doklady)

<input type="checkbox"/> z dlouhodobého pobytu v cizině dle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb. <input type="checkbox"/> z těžiště zájmů v EU (zákonně pojištění v jiném členském státě EU/EHP/Švýcarsku)	Dne <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Stát pobytu v EU <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Kód pojišťovny EU <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Od <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Do <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>

Prohlašuji, že všechny údaje, které jsem uvedl/a na tomto formuláři, jsou pravdivé a úplné. Svým podpisem dále stvrzuji, že jsem se seznámil/a s poučením k tomuto formuláři.

Prostor pro záznamy ZP MV ČR

Vyplněno dne  .  .